



**Department of  
Veterans' Services**

**NYS Department of Veterans' Services  
2 Empire State Plaza,  
17th Floor Albany,  
NY 12223  
P: 518-486-3602 | F: 518-474-0313**

**RICHIESTA DI VITALIZIO PER NON VEDENTI (BLIND ANNUITY)**

<b>1. NOME DEL RICHIEDENTE:</b>			
---------------------------------	--	--	--

*COGNOME*

*NOME*

*SECONDO NOME*

*Cerchia: (Coniuge sopravvissuto veterano o non risposato)*

<b>2. INDIRIZZO DEL RICHIEDENTE:</b>		
--------------------------------------	--	--

*NUMERO CIVICO E VIA*

*N. APPARTAMENTO/CASELLA  
POSTALE*

		<b>NY</b>	
--	--	-----------	--

*CITTÀ/LOCALITÀ*

*CONTEA*

*STATO*

*CAP*

<b>3. TELEFONO:</b>		<b>4. DATA DI NASCITA:</b>	
---------------------	--	----------------------------	--

<b>5. N. PREVIDENZA SOCIALE DEL RICHIEDENTE:</b>	
--------------------------------------------------	--

<b>6. NOME DEL VETERANO:</b>			
<i>(se diverso dalla persona indicata sopra)</i>	<i>COGNOME</i>	<i>NOME</i>	<i>SECONDO NOME</i>

<b>7. N. PREVIDENZA SOCIALE DEL VETERANO:</b>	
-----------------------------------------------	--

<b>8. DATE DI SERVIZIO QUALIFICANTI</b>		<b>9. È SPOSATO/A?</b> SÌ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>
<i>DA</i>	<i>A</i>	<b>Se sì, NOME DEL CONIUGE:</b> _____

<b>10. È ATTUALMENTE DOMICILIATO/A NELLO STATO DI NEW YORK?</b>	SÌ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

<b>11. È ATTUALMENTE RESIDENTE NELLO STATO DI NEW YORK?</b>	SÌ <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/>
-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

12. NOME DEL MEDICO CHE PROVA LA PERDITA DELLA VISTA DEL VETERANO (solo per i veterani): *	
13. INDIRIZZO DEL MEDICO (solo per i veterani): *	
14. NUMERO CERTIFICAZIONE DELLA COMMISSIONE PER I NON VEDENTI E I DISABILI (solo per i veterani): *	
15. NOME DEL PARENTE PIÙ PROSSIMO AL RICHIEDENTE (Amico o parente) ( <i>Non coniuge</i> ): OBBLIGATORIO	
16. NUMERO DI TELEFONO DEL PARENTE PIÙ PROSSIMO:	
Attesto che le dichiarazioni di cui sopra sono vere e complete; e faccio queste dichiarazioni con la consapevolezza che rilasciare intenzionalmente una dichiarazione falsa o fraudolenta è un reato ai sensi della legge dello Stato di New York.	
FIRMA DEL RICHIEDENTE:	DATA:
NOME DEL PREPARATORE:	NUMERO DI TELEFONO:
<i>Allegare: La domanda compilata, il rapporto di cecità legale, il certificato di congedo, l'attestato di residenza, i certificati di matrimonio e di morte (se il coniuge fa domanda) vanno inviati a:</i>	<b>NYS Department of Veterans' Services c/o Blind Annuity #2 Empire State Plaza, 17th Floor Albany, NY 12223</b>

*\*Si prega di compilare solo se si è un veterano o un coniuge che non ha mai fatto domanda prima.*

FEB 2023

## QUALIFICHE PER IL VITALIZIO PER NON VEDENTI

### DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Sono richiesti i seguenti elementi. Nessun pagamento sarà effettuato fino a quando non saranno forniti tutti i documenti.

### NON INVIARE LE COPIE ORIGINALI

#### VETERANO

Richiesta di vitalizio per non vedenti

Un congedo che riporti le date di arruolamento e di congedo

Un rapporto di cecità legale **OPPURE** un numero di registrazione assegnato dalla Commissione dello Stato di New York per i ciechi (Commission for the Blind, CBVH)

**Attestato di residenza:** COPIA di una bolletta, di una ricevuta di affitto o di altra corrispondenza nello Stato di New York che riporti il nome e l'indirizzo del richiedente.

#### CONIUGE SUPERSTITE\*

Domanda di vitalizio per non vedenti  
Certificato di matrimonio

Death Certificate of the veteran

**Attestato di residenza:** COPIA di una bolletta, di una ricevuta di affitto o di altra corrispondenza nello Stato di New York che riporti il nome e l'indirizzo del richiedente.

Il coniuge deve essere sposato con il veterano al momento del decesso, risiedere nello Stato di New York e non essere attualmente sposato.

<p><b>1. CAMBIO DI NOME</b> - Se il nome del richiedente è diverso da quello indicato sul congedo ufficiale del veterano, è <b>NECESSARIO</b> presentare un documento che dimostri che la persona indicata sul congedo è la stessa indicata nella domanda.</p>
<p><b>2.</b> Per un veterano <b>maschio</b>, di solito si tratta di un documento legale che cambia il suo nome.</p>
<p><b>3.</b> Per una <b>donna</b> veterana, di solito si tratta di un certificato di matrimonio. Se il veterano è stato sposato più di una volta, potrebbero essere necessari i documenti di divorzio o un certificato di morte per dimostrare il passaggio dal nome riportato sul congedo a quello riportato sulla domanda.</p>
<p><b>4.</b> Se non è disponibile un documento che attesti il cambio di nome, è necessario presentare una dichiarazione notarile che spieghi la differenza. Ad esempio: <i>Il nome è un soprannome che è stato usato fin dall'infanzia.</i></p>

**\*Se il richiedente è il coniuge superstite di un veterano che al momento del decesso era idoneo ma non percepiva il Blind Annuity benefit (vitalizio per non vedenti), il coniuge deve compilare TUTTA la domanda e fornire tutta la documentazione richiesta sia per il veterano che per il coniuge superstite.**

### COSA SI INTENDE PER CECITÀ LEGALE?

La cecità legale è definita come una riduzione della vista in cui l'acuità visiva è pari o inferiore a 20/200 nell'occhio migliore con la migliore correzione o in cui il campo visivo è limitato a un angolo di 20 gradi o meno.

Una persona con un'acutezza visiva di 20/200 può vedere a 20 metri ciò che una persona normovedente può vedere a 200 metri.

La cecità di UN SOLO occhio NON è considerata valida.

### QUALI SONO LE CATEGORIE DI SERVIZIO MILITARE IDONEE?

Deve aver prestato 90 giorni di servizio attivo per scopi diversi dall'addestramento. Meno di 90 giorni sono accettabili se il congedo avviene per una disabilità connessa al servizio. È richiesto almeno UN GIORNO di servizio attivo in tempo di guerra all'inizio, alla fine o durante i seguenti periodi.

**Prima guerra mondiale:** 6 aprile 1917 - 11 novembre 1918

**Seconda guerra mondiale:** 7 dicembre 1941 - 31 dicembre 1946

**Guerra di Corea:** 27 giugno 1950 - 31 gennaio 1955

**Conflitto del Vietnam:** 28 febbraio 1961 - 7 maggio 1975

\***Libano:** 1 giugno 1983 - 1 dicembre 1987 - (Richiede la medaglia di spedizione)

\***Granada :** 23 ottobre 1983 - 21 novembre 1983 - (Richiede la medaglia di spedizione)

\***Panama :** 20 dicembre 1989 - 31 gennaio 1990 - (Richiede la medaglia di spedizione)

**Guerra del Golfo Persico:** 2 agosto 1990 - Fine delle ostilità



## **Attestato di residenza nello Stato di New York**

*Si prega di inviarne solo UNO per il vitalizio per non vedenti*

**Il seguente documento (o un documento simile)  
può essere presentato come prova della residenza  
nello Stato di New York.**

**Il documento deve riportare il SUO nome e il SUO indirizzo.**

**Si prega di inviare UN SOLO attestato con la domanda.  
SI PREGA DI INVIARE UNA COPIA. NON INVIARE LE  
COPIE ORIGINALI.**

- **Carta d'identità dello Stato di New York o patente di guida**
- **Contratto di locazione residenziale (emesso da non più di un anno)**
- **Attestazione di mutuo in corso**
- **Addebiti o ricevute per il pagamento di tasse scolastiche o di proprietà per l'anno in corso**
- **Dichiarazione di residenza sanitaria assistita o casa di riposo**
- **Modulo W-2 per dichiarazione dei redditi federale o dello Stato di New York**
- **Dichiarazione dei redditi o rendiconto imposte del governo federale o dello Stato di New York**
- **Tessera di registrazione elettorale (più recente)**
- **Bolletta di un'utenza con nome e indirizzo del richiedente (la più recente emessa per un servizio ricorrente come bolletta del telefono, bolletta dell'elettricità, bolletta dell'acqua, bolletta della TV via cavo, bolletta della spazzatura)**
- **Qualsiasi attestato non elencato sopra che mostri il tuo nome e il tuo indirizzo attuale.**



Optional

A: Beneficiari di Blind Annuity Benefit

Oggetto: Programma di deposito diretto per assegni di vitalizio per non vedenti

Il Dipartimento dei servizi per i veterani dello Stato di New York (New York State Department of Veterans' Services, NYS DVS) è autorizzato a estendere il programma di deposito diretto a tutti i veterani e ai coniugi superstiti che ricevono il Blind Annuity Benefit.

L'accredito diretto del sussidio mensile Blind Annuity alla tua banca o istituto di credito può farti risparmiare denaro, tempo e fatica. Niente assegni persi o code per incassare l'assegno. Con il programma di deposito diretto, il denaro viene rilasciato alla vostra banca il 22 di ogni mese o intorno a tale data. Se il 22 cade in un fine settimana, il denaro verrà rilasciato il lunedì successivo.

Il programma di deposito diretto è offerto gratuitamente come alternativa all'assegno mensile.

\*Se desideri partecipare a questo programma, compila il modulo di iscrizione allegato e rispeditiscilo insieme alla domanda a: NYS Department of Veterans' Services, Blind Annuity, 2 Empire State Plaza, 17<sup>th</sup> Floor, Albany, NY 12223-1200. Se state già ricevendo il sussidio e desiderate che questo venga depositato direttamente sul vostro conto bancario, potete spedire il modulo compilato e firmato insieme a un assegno annullato o a un documento bancario all'indirizzo sopra indicato, oppure inviarlo via fax a 518-473-0313 o via e-mail all'indirizzo [dvsblindannuity@veterans.ny.gov](mailto:dvsblindannuity@veterans.ny.gov).

Se avete domande o bisogno di assistenza con il modulo, chiamate il Blind Annuity Unit al numero 518-486-3602 o 518-474-3958.



# Blind Annuity

## Richiesta di pagamento elettronico (ePayment)

### Informazioni sul/sulla richiedente

Nome e cognome:

Cognome

Nome

INIZIALE SECONDO NOME

Indirizzo:

Indirizzo

Appartamento/Unità

Città

Stato

Contea

CAP

Telefono:

E-mail:

ID fornitore (10 cifre) O N. di previdenza sociale (9 cifre)

Scegliere un'opzione  
Conto corrente o risparmi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nuova iscrizione

Modifica le informazioni bancarie ePay

Annullamento di Pay

### Firma

*Dichiaro che le informazioni contenute in questo modulo sono corrette e complete per quanto a mia conoscenza.*

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

(Se firmato con procura, si prega di fornire una copia del documento POA per apportare modifiche)

**SI PREGA DI FORNIRE UNA COPIA DI UN ASSEGNO ANNULLATO O UN DOCUMENTO SU CARTA INTESATA DELLA BANCA CON LA FIRMA DI UN UFFICIALE DI BANCA. IL DOCUMENTO BANCARIO DEVE AVERE I NUMERI DI ROUTING/CONTO BANCARIO E IL NOME DEL RICEVENTE DEL SUSSIDIO.**

**SI PREGA DI INVIARE IL MODULO COMPILATO A:**

**NYSDVS-BLIND ANNUITY | 2 EMPIRE STATE PLAZA 17<sup>TH</sup> FLOOR | ALBANY, NY 12223**